

Sivas İl Merkezinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

Depression and Anxiety Levels of Hemodialysis Patients Who Living in the Centre of Sivas City

Dr. Selma ÇETİNKAYA,^a
Dr. Naim NUR,^b
Dr. Adnan AYZAZ,^c
Deniz ÖZDEMİR^d

^aTıp Eğitimi AD,
^bHalk Sağlığı AD,
^cÇocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^dSerbest, Sivas

Geliş Tarihi/Received: 18.05.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 07.10.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Selma ÇETİNKAYA
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Tıp Eğitimi AD, Sivas
TÜRKİYE/TURKEY
drselmacetinkaya@hotmail.com

ÖZET Amaç: Bu çalışma Sivas il merkezinde yaşayan hemodiyaliz (HD) hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı epidemiyolojik tipte olan bu çalışma Temmuz 2007-Ağustos 2007 tarihleri arasında Sivas il merkezinde, 177 HD hastasında yapılmıştır. Ankette hastaların sosyodemografik özelliklerini, sigara ile alkol içme durumunu ve psikolojik durumunu değerlendiren sorular sorulmuştur. Psikolojik değerlendirmede, Beck depresyon ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği I-II (STAI-I, STAI-II) kullanılmıştır. **Bulgular:** HD hastalarında depresyon görülme sıklığı %37.9 olup erkeklerde bu sıklık %31.2, kadınlarda %45.2'dir. Hastaların depresyon ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamasına bakıldığında sırasıyla 15.6 ± 10.4 , 37.0 ± 6.1 , 48.4 ± 7.7 'dir. Kadınlarda, 47-60 yaş aralığında, sosyoekonomik durumu düşük olanlarda, okuryazar olmayanlarda depresyon puan ortalaması yüksek, bekar hastalarda düşük saptanmıştır ($p < 0.05$). Erkeklerde, üniversite mezunu olanlarda ve memur olarak çalışanlarda durumluk kaygı puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Sürekli kaygı puan ortalaması sadece memur olarak çalışanlarda yüksek tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Regresyon analizinde depresyonun hastaların öğrenim ve sosyoekonomik durumlarından, durumluk kaygının öğrenim ve medeni durumlarından ve sürekli kaygının öğrenim durumlarından bağımsız olarak etkilendiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). **Sonuç:** HD hastaları başta olmak üzere tüm diyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete sık görülen ruhsal hastalıklardandır. Bu nedenle bu hasta grubunun düzenli olarak psikiyatrik değerlendirmeye alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, depresyon, anksiyete

ABSTRACT Objective: The aim of this study to identify depression and anxiety levels of hemodialysis (HD) patients who live in Sivas. **Material and Methods:** This descriptive epidemiologic study has been conducted among 177 Haemodialysed patients (HD) in the centre of Sivas City. Questions were asked to determine patient's demographic profiles, the statement of smoke and drink and psychologic statement of patients. Beck Depression Inventory and Situation Anxiety Inventory I-II (STAI-I, STAI-II) were used for psychologic evaluation. **Results:** The level of depression among the HD patients was 37.9%, 31.2% for men and 45.2% for women. Beck Depression Inventory and Situation Anxiety Inventory I-II (STAI-I, STAI-II) were 15.6 ± 10.4 , 37.0 ± 6.1 , 48.4 ± 7 , respectively. High level of depression scores were found among patients who were women, low socioeconomic and education level and between the ages of 47-60 ($p < 0.05$). Depression scores were low level at single patients ($p < 0.05$). Situation Anxiety Inventory I was found as high level among patients who were men, highly educated and civil servant ($p < 0.05$). STAI-II was just found as high level at civil servant patients ($p < 0.05$). In linear regression analysis, were found independently related education level and socioeconomic level to depression, education level and status of a person to STAI-I and education level to STAI-II ($p < 0.05$). **Conclusion:** As such in al chronic disorders, depression and anxiety are common at HD patients. So it is necessary that HD patients should be under regular psychiatric evaluation and if necessary psychiatric support should be provided.

Key Words: Hemodialysis, depression, anxiety

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), yaşamı tehdit eden, çeşitli komplikasyonlara yol açan, önemli ölçüde iş gücü kaybına neden olan her yaşta insanları etkileyen bir hastalıktır.¹ KBY, progresif proteinüri, azotemi ve böbreğin su ve elektrolit atılımındaki bozulma ile kendini gösteren renal glomerüler fonksiyonlardaki ilerleyici bozulmadır. KBY, glomerüler filtrasyon hızında (GFR) azalma olsun veya olmasın, böbrekte üç aydan uzun süren yapısal veya işlevsel bozukluklarla giden idrar, kan ya da görüntüleme yöntemleri ile saptanan bir hasar olması ve GFR'nin üç aydan uzun bir sürede 60 ml/dk/1.73 m²'den düşük olması olarak açıklanabilir.² KBY yoğun bakım ünitesinde yeri olan ve yaşam boyu takibi gerektiren bir durumdur. Bu safhada başlıca üç tedavi seçeneği vardır. Bunlar: Böbrek nakli, sürekli ayaktan periton diyalizi veya hemodiyaliz (HD) uygulamasıdır.^{2,3} HD tedavisinde hastadan alınan kanın bir membran aracılığıyla diyaliz makinesinden geçirilmesi, sıvı ve katı içeriğin yeniden düzenlenmesi esasıyla çalışır.³ HD uygulamasında hasta makineye veya sağlık personeline bağımlı kalmaktadır.

Türk Nefroloji Derneği'nin 2007 yılı verilerine göre Türkiye'de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliğinin (SDBY) nokta prevalansı 578 milyon (pmp), insidansı ise 189 milyon (pmp) olarak saptanmıştır. 33.950 hasta da HD yöntemiyle tedavi edilmektedir.⁴

SDBY nedeniyle HD tedavisi alan hastalarda, hem kronik bir hastalığın beraberinde getirdiği tıbbi ve psikososyal sorunlar, hem de HD uygulamasının kişileri rahatsız eden özelliği çeşitli sosyal ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabileceğinden genel kanı ruhsal bozuklukların yaygın olduğu yönündedir.⁵⁻⁸ Bu hastaların yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorunlar şunlardır:

- Haftada 3 gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi,
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması,
- Fiziksel durumda sık döngülü değişmelerin olması (üreminin artmasıyla bulantı, yorgun-

luk, uyku hali, dikkat azalması, diyaliz uygulamasının hemen ardından sıvı elektrolit dengesindeki ani değişime bağlı baş ağrısı, bulantı, kas krampları, sinirlilik, bazen de eşlik eden yönelim bozukluğu, deliryum ve konvülsiyonlar)

- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulabilmesi,
- Diyalizde geçirilen zamana, diğer zamanlarda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın azalması,
- Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi,
- Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programını uygulama güçlüğü.⁹

SDBY hastalarının %10'unda psikiyatrik hastalık olduğu saptanmıştır.¹⁰ Bu bozukluklar depresyon, demans, ilaç ve alkol ile ilgili bozukluklar, anksiyete ve kişilik değişiklikleridir. Diyaliz hastalarında depresyon ve özellikle de majör depresyon akut dönemden sonra en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Sağlıklarını, bağımsızlıklarını, fiziksel güçlerini ve çalışma yeteneklerini kaybetme düşüncesi depresyon gelişmesinde en önemli unsurdur.⁹

Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi, HD hastalarında da anksiyete yaygın olarak görülmektedir. Anksiyete, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten veya dıştan kaynaklanan bir tehlike olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında korku, endişe, gerginlik gibi subjektif olarak hissedilen bir durumdur ve kişinin bütünlüğünün tehdit edildiği her durumda ortaya çıkar. Bedensel rahatsızlığı olan kişilerde depresyon ile birlikte anksiyete de çok sık görülmektedir. İkisinin birlikte görülme oranı %9.0-40.0 arasında değişmektedir.¹¹ Makineye bağımlılık, fiziksel durum ile aile düzeninin bozulması, gelecek belirsizliği, ekonomik yetersizlik, hastalığın tüm yaşamını etkilemesi, hastalarda anksiyeteyi artıran en önemli unsurlardır.

Bu çalışma Sivas il merkezinde yaşayan HD hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÖRNEKLEM

Temmuz 2007–Ağustos 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma kapsamında, araştırma örneklemini oluşturmak üzere, Sivas il merkezinde ikisi devlet hastanesi (Sivas Devlet Hastanesi, Sivas Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi, biri üniversite hastanesi (Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi) ve üçü de özel (Sivas Özel Diyaliz Merkezi-I, Sivas Özel Diyaliz Merkezi-II ve Gambro Diyaliz Merkezi) olmak üzere toplam altı diyaliz merkezinde hemodiyalize giren hastalara ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla, bu diyaliz merkezlerinde düzenli olarak tedavi gören toplam 242 hasta belirlenmiş, misafir hastalar ise çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya, araştırmayı kabul eden 177 (%70.2) hasta alınmıştır. Kırk dört (%17.5) hasta yaşlı ve işitme kaybı nedeniyle iletişim kurulamadığı, 21 (%12.3) hasta ise araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın verileri valilik, hastane başhekimleri ve hastalardan gerekli izinler alındıktan sonra soru formuyla toplanmıştır. Çalışmada hastalara sosyodemografik özelliklerine, sigara ile alkol içme durumuna yönelik sorular uygulanmıştır. Ayrıca psikiyatrik belirtilerini değerlendirmek amacı ile tarama ölçekleri olarak kullanılan Beck depresyon ölçeği ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

ARAÇLAR

Beck depresyon ölçeği: Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için 1961 yılında Beck tarafından geliştirilen ölçeğe 1988 yılında Hisli tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^{12,13} Ölçek 21 maddeden oluşmakta olup kişinin kendini değerlendirdiği dört seçenek sunulmuştur. Her madde 0-3 arasında giderek artan bir puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek maksimum puan 63 olup, kesme puanı Türkçe formunda 17'dir.¹⁴ Beck ve ark. depresyon düzeylerini 0-13

puan depresyon yok, 14-19 puan düşük, 20-28 puan orta, 29-63 puan yüksek derecede depresyon şeklinde sınıflandırmıştır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II): Spielberger ve ark. tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup 14 yaş üzerindeki bireyler için uygulanabilen bir ölçektir.¹⁵ Ölçeğin Türkçeye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.¹⁶ Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Kendi kendine doldurulabilecek bir testtir. Durumlukta kaygı ve süre giden kaygıyı ölçmeye yönelik 20 soru vardır. Durumluk Kaygı Ölçeği'ndeki ifadeler için; hiç (1), biraz (2), çok (3), tamamıyla (4), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde; hemen hiç bir zaman (1), bazen (2), çok zaman (3), hemen her zaman (4) seçenekleri vardır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçekleri'nde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeği'ndeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeği'ndeki tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Genel olarak, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.

İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışmada istatistiksel değerlendirmeler için SPSS-10.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Grupların karşılaştırıldığı analizlerde kategorik de-

ğişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için t-testi ve ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığını tespit etmek için varyans analizi, çoklu karşılaştırmalar için posthoc Tukey testi, korelasyon karşılaştırmalarında Pearson korelasyon testi uygulanmış olup; depresyon düzeyini ve anksiyete düzeyini etkileyen değişkenleri belirlemek için de lineer regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Sivas il merkezinde KBY nedeniyle tedavi alan 177 (%70.2) HD hastası çalışmaya alınmıştır. Hastaların 93 (%52.5)'ü erkek, 84 (%47.5)'ü kadındır. Çalışmaya alınan HD hastalarının yaş ortalamaları erkeklerde 57.3 ± 14.8 , kadınlarda 54.6 ± 13.8 yıldır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hastalarda KBY tanısının konulduğu süre 68.9 ± 62.7 ay, diyalize başlanan süre 51.7 ± 51.7 aydır. Hastaların HD tedavisi almakta olduğu süre %45.2'sinde 0-24 ay, %17.5'inde 25-48 ay, %15.8'inde 49-72 ay ve %21.5'inde 73 ay ve üzeridir.

Bazı sosyo-demografik özellikler yönünden çalışmaya katılan hastalar incelendiğinde, hastaların %73.4'ü evli, %6.8'i bekar, %19.8'i dul; %72.4'ü il merkezinde, %10.7'si ilçede ve %16.9'u köyde yaşamaktadır. Yine hastaların %45.2'si ev hanımı, %20.9'u emekli, %11.3'ü serbest meslek, %9.0'ı esnaf, %5.1'i işçi, %5.1'i çiftçi, %3.4'ü memur; %41.2'si ilköğrenim mezunu, %31.1'i okuryazar değil, %13.6'sı okuryazar, %11.3'ü lise mezunu, %2.8'i üniversite mezunu; %13.0'ı sosyoekonomik durumu yüksek, %68.9'u orta ve %18.1'i düşük olarak ifade etmiştir. Hastaların %81.9'u sigara içmediğini, %15.3'ü halen içtiğini, %2.8'i de ara sıra içtiğini; %92.6'sı alkol kullanmadığını, %4.0'ü ara sıra kullandığını ve %3.4'ü halen alkol içtiğini belirtmiştir.

Hastaların depresyon ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamasına bakıldığında depresyon puan ortalaması 15.6 ± 10.4 , durumluk kaygı puan ortalaması 37.0 ± 6.1 ve sürekli kaygı puan ortalaması 48.4 ± 7.7 'dir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Erkeklerde puan ortalaması sırasıyla 13.7 ± 9.6 , 37.9 ± 6.7 , 48.7 ± 7.9 , kadınlarda 17.7 ± 10.7 , 35.9 ± 5.2 , $48.1 \pm$

7.3 'tür. Depresyon puanında kesim noktası 17 olarak alındığında hastalarda depresyon görülme sıklığı %37.9 olup, erkeklerde bu sıklık %31.2, kadınlarda %45.2'dir. Depresyon düzeyini Beck ve ark. gibi alırsak bu tarama testi sonuçlarına göre hastaların %20.3'ünde hafif, %13.6'sında orta ve %15.8'inde majör depresyon düzeyi saptanmıştır.

HD hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre depresyon, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalaması Tablo 1'de gösterilmiştir. Kadınlarda, 47-60 yaş aralığında, sosyoekonomik durumu düşük olanlarda, okuryazar olmayanlarda depresyon puan ortalaması yüksek, bekar hastalarda düşük saptanmıştır ($p < 0.05$). Erkeklerde, üniversite mezunu olanlarda, evlilerde ve memur olanlarda durumluk kaygı puan ortalaması yüksek bulunmuş olup aralarında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Sürekli kaygı puan ortalaması sadece memur olarak çalışanlarda yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). HD başlanan ve tanının konduğu süre ile depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ölçek puan ortalaması arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$).

HD tedavisi gören hastalarda depresyon ile tanının konduğu ve diyalize başlanan süre arasında pozitif yönde bir anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p < 0.01$, $p < 0.03$). HD hastalarında depresyon ile diğer faktörler arasındaki korelasyon Tablo 2'de gösterilmiştir.

Çalışmada öğrenim ve sosyoekonomik durumun depresyon düzeyini, öğrenim ve medeni durumun durumluk kaygı düzeyini, öğrenim durumunun sürekli kaygı düzeyini bağımsız olarak etkileyen faktörler olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ile bazı değişkenler arasındaki regresyon analizi Tablo 3'te verilmiştir.

TARTIŞMA

HD, KBY gelişen hastalarda tedavide en sık kullanılan yöntemdir. Türkiye'de 2002 yılı sonu itibarıyla düzenli HD programında olan hasta sayısı 20.600, 2004 yılında 29.775, 2006 yılında 33.950'dir. Bu rakamlarda göstermektedir ki gün geçtikçe KBY hasta sayısı ve bunun sonucunda HD tedavisi alan hasta sayısı da artmaktadır.^{17,18,4}

TABLO 1: HD hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre depresyon, durumluk ve sürekli kaygı puan ortalaması.

Özellik	Sayı	%	Depresyon Puan Ortalaması	Durumluk Kaygı Puan Ortalaması	Sürekli Kaygı Puan Ortalaması
Cinsiyet					
Erkek	93	52.5	13.7 ± 9.6	37.9 ± 6.7*	48.7 ± 7.9
Kadın	84	47.5	17.7 ± 10.7*	35.9 ± 5.2	48.1 ± 7.3
t			2.84	7.44	0.30
p			0.01	0.03	0.60
Yaş Grupları					
19-32	16	9.0	9.9 ± 6.3	37.0 ± 5.6	48.8 ± 5.6
33-46	28	15.8	14.5 ± 10.0	36.4 ± 6.0	46.9 ± 7.3
47-60	59	33.3	18.6 ± 11.3*	37.2 ± 5.9	49.9 ± 7.5
61+	74	41.8	14.8 ± 10.0	37.1 ± 6.5	47.7 ± 8.2
F			3.64	0.12	1.4
p			0.01	0.94	0.23
Medeni Hal					
Evlü	130	73.4	15.5 ± 10.3	37.7 ± 6.5	48.7 ± 8.2
Bekar	12	6.8	9.6 ± 8.8*	35.4 ± 4.9	47.6 ± 6.4
Dul	35	19.8	18.0 ± 10.7	34.9 ± 4.5	47.4 ± 5.8
F			2.96	3.20	0.48
p			0.05	0.04	0.61
Sosyoekonomik Durum					
Yüksek	23	13.0	16.6 ± 10.7	37.0 ± 5.9	48.7 ± 8.0
Orta	122	68.9	13.9 ± 9.8	37.2 ± 6.1	48.6 ± 7.7
Düşük	32	18.1	21.3 ± 10.7*	36.0 ± 6.5	47.5 ± 7.2
F			7.00	0.49	0.28
p			0.00	0.61	0.75
Öğrenim Durumu					
Okuryazar değil	55	31.1	19.9 ± 11.1*	37.2 ± 5.5	49.3 ± 8.0
Okuryazar	24	13.6	12.6 ± 7.4	36.6 ± 6.6	46.0 ± 5.8
İlköğrenim	73	41.2	13.6 ± 10.3	36.6 ± 6.3	47.6 ± 7.4
Lise	20	11.3	15.3 ± 8.7	35.6 ± 4.3	50.1 ± 5.9
Üniversite	5	2.8	14.0 ± 11.8	46.6 ± 8.4*	54.2 ± 15.8
F			3.71	3.65	1.97
p			0.00	0.00	0.10
İş durumu					
Ev hanımı	80	45.2	17.7 ± 11.0	35.9 ± 5.3	47.9 ± 7.4
Emekli	37	20.9	15.3 ± 10.1	38.0 ± 5.7	49.7 ± 7.9
Serbest	20	11.3	16.7 ± 11.6	38.0 ± 7.5	48.2 ± 7.9
Esnaf	16	9.0	11.1 ± 6.4	37.1 ± 5.3	46.8 ± 5.5
İşçi	9	5.1	14.2 ± 11.1	33.0 ± 4.2	43.9 ± 4.3
Çiftçi	9	5.1	10.6 ± 5.9	37.7 ± 6.9	47.6 ± 5.8
Memur	6	3.4	7.8 ± 5.0	45.5 ± 9.3*	58.8 ± 11.9*
F			2.09	3.49	2.92
p			0.06	0.00	0.01

* Fark yaratan grup

Depresyon özellikle yaşlı bireyler arasında yaygın olarak görülen bir durum olmakla birlikte kronik hastalıklar nedeniyle tedavi alan hastalarda daha yüksek oranda görülmektedir.¹⁹⁻²¹ Dünya Sağ-

lık Örgütü'nün bir araştırmasında temel sağlık alanında depresyonun en çok görülen fizyolojik hastalıklardan biri olduğu ve dünyada görülen bütün hastalıklar içinde %10.4'lük bir kısmı oluşturduğu

TABLO 2: HD hastalarında depresyon ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalaması, yaş, tanının konduğu süre ile diyalize başlanan süre arasındaki korelasyon.

Depresyon	r	p
STAI-I	-0.09	0.22
STAI-II	0.33	0.66
Yaş	0.11	0.13
Tanının konduğu süre	0.18	0.01
Diyalize başlanan süre	0.17	0.03

TABLO 3: Depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ile bazı değişkenler arasındaki regresyon analizi.

	β	p	%95 Güven Aralığı	
			Alt Sınır	Üst Sınır
Depresyon				
Öğrenim durumu	0.23	0.00	0.37	2.64
Sosyoekonomik durum	0.60	0.03	0.74	6.15
Durumluk Kaygı				
Öğrenim durumu	0.18	0.03	0.18	1.57
Medeni durum	-0.16	0.03	-2.33	0.02
Sürekli Kaygı				
Öğrenim durumu	0.22	0.01	0.26	2.04

belirtilmiştir.²² HD hastalarında da depresyon görülme sıklığının yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur.²³⁻²⁷ Depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda, %0-100 arasında değişen sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçların bu denli değişkenlik göstermesi, depresyon için kullanılan tanımlamalar ile ölçütler arasındaki farklılıklardan ve standardizasyon eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Levenson ve Glocheski, depresyonun kronik hastalıklarda çok rastlanan fizyolojik bir belirti olduğunu ve diyaliz hastalarında oldukça farklı oranlar gösterdiğini (%30-100), bu farklılığın depresyon durumlarını belirlemede kullanılan tanımlardan ve ölçümlerden kaynaklanabileceğini ifade etmişlerdir.²⁸ Ülkemizde yapılan birçok çalışma da bu tezi doğrular nitelikte olup SDBY olan hastalarda başta depresyon olmak üzere anksiyetenin sık görülen ruhsal hastalık olduğunu belirtmiştir.²⁹⁻³¹ HD hastalarında Smith ve ark. %47.0, Craven ve ark. %25.0, Kutner ve ark. %50.0, Bahar

ve ark. %54.3, Çelik ve Acar %49.2, Lopes ve ark. %20.0, Sağduyu ve ark. %41.2 olduğunu olarak depresyon görüldüğünü belirtmişlerdir.^{23,24,32-36} Çalışmamızda HD hastalarında depresyon görülme düzeyi literatürle uyumlu olup %37.9 olarak bulunmuştur.

Erengin ve ark. HD hastalarında Beck depresyon ölçeği puan ortalaması 14.1 ± 11.3 , Keçecioğlu ve ark. 14.4 ± 10.2 , Çelik ve Acar 15.2 ± 8.7 olarak ifade etmişlerdir.^{37,38,34} Bizim çalışmamızda HD hastalarının tarama ölçekleri olarak kullanılan Beck depresyon ölçeği puan ortalaması 15.6 ± 10.4 saptanmıştır.

Watson ve Clark, depresyon ile örtüşen ve hemen hemen ona en yakın olan fizyolojik yapının anksiyete olduğunu, genellikle depresyonun anksiyete ile ilişkilendirildiğini bildirmiştir.³⁹ HD uygulanan hastalarda normal sağlıklı kişilere göre daha yüksek düzeyde anksiyete saptanmaktadır. Özellikle HD hastalarında makineye bağımlılık, diyalize girilen zaman, fiziksel durum, aile düzeninde bozulma veya komplikasyonlar ortaya çıktığında anksiyete daha da artmaktadır. Erengin ve ark. HD hastalarında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puan ortalaması 38.0 ± 10.7 , 48.4 ± 9.8 , Özcan ve ark. 45.9 ± 9.5 , 49.7 ± 6.7 olarak belirtmiş, bizim çalışmamızda puan ortalaması sırasıyla 41.0 ± 3.7 , 49.5 ± 6.2 olarak bulunmuştur.^{37,40}

Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete görüldüğü bildirilmektedir.⁴¹ Çelik ve Acar çalışmasında depresyon puan ortalamasını kadınlarda 15.46 ± 9.07 , erkeklerde 14.85 ± 8.34 olarak bulmuşlar, karşılaştırıldığında bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtmişlerdir.³⁴ Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre daha yüksek düzeyde depresyon düzeyi tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların aile içinde aynı anda hem anne, hem eş, hem de iş kadını rollerini üstlenmek zorunda kalması, daha fazla strese etkine maruz kalması bunda önemli bir etken olabilir. Özdemir ve ark., erkeklerde durumluk kaygı puan ortalamasını yüksek bulurken, Görgün ve ark., Locker ve ark. ile Çuhadaroğlu ve ark. düşük saptamıştır.⁴²⁻⁴⁵ Çalışmamızda erkeklerde durumluk kaygı puan ortalaması kadınlara göre yüksek sap-

tanırken ($p < 0.05$), sürekli kaygı puan ortalamasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Çalışmamızda medeni duruma göre depresyon düzeyine baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Dul hastalarda depresyon düzeyi daha yüksek, bekarlar hastalarda ise en düşük düzeyde depresyon tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda, evlilerde depresyonun bekarlara oranla daha çok görüldüğü belirtilmiştir.⁴⁶ Dul hastalarımızın %80'inin kadın hasta olması, bunların aile sorumluluklarının fazla olması, ekonomik sıkıntılarının fazlalığı ve geleceğe yönelik kaygılarından ötürü depresyon düzeylerinin yüksek olabileceği kanısındayız. Durumluk kaygı puan ortalaması depresyonun aksine dullarda en düşük, evlilerde en yüksek olarak saptanmıştır ($p < 0.05$).

Depresyon puan ortalaması öğrenim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Bu durum öğrenim düzeyinin artması ile kişilerin kendine güveninin artmasından, iş bulma şansının yüksek olmasından ve geleceğe ilişkin umutlarını gerçekleştirmede daha şanslı olmasından kaynaklanabilir. Özdemir ve ark., Çuhadaroğlu ve ark., Doerr ve ark., Etlar ve ark., öğrenim düzeyinin artması ile kişilerde anksiyetenin azaldığını, Görgün ve ark. ise çalışmalarında en yüksek anksiyete düzeyinin lisansüstü eğitim yapmış olanlarda fazla olduğunu belirtmişlerdir.^{42,45,47,48,43}

Çalışmamızda üniversite mezunlarında anksiyete düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca memur olarak çalışan hastalarımızda hem durumluk hem de sürekli kaygı puan ortalaması yani anksiyete düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Bu durum hastalarımızın halen çalışıyor olması ve muhteme-

len HD tedavilerinin uzun sürmesi nedeniyle amirleri ile sıkıntı yaşaması ve işlerinin aksamasından ve belki de emekli olmaya zorlanmasından kaynaklanabilir.

Sosyoekonomik durumu düşük olan kişilerin depresyon puan ortalaması orta ve yüksek olan kesime göre daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu yapılan diğer bir çalışmaya benzerlik göstermektedir.³⁹ Bunun nedeni hastaların kronik bir rahatsızlığından dolayı hastalığın ekstra masraflara neden olması, iş ve güç kaybı olmasından kaynaklanabilir. Ancak anksiyete düzeyi ile sosyoekonomik durum arasında bir ilişki saptanmamıştır.

SONUÇ

HD hastaları başta olmak üzere tüm diyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete sık görülen ruhsal hastalıklardandır. Bu araştırma da hemodiyaliz hastalarının çeşitli sosyodemografik etkileşimler ve karıştırıcı faktörlerle beraber depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere eğilim gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle bu hasta grubunun düzenli olarak psikiyatrik değerlendirmeye alınması gerekmektedir. Takipler sırasında depresyon ve anksiyetesini yüksek olarak tespit edilen hastaların daha sık kontrol edilmesi, psikolojik destek sağlanması hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini artırabilecektir.

Teşekkür

Çalışmamız sırasında bizden yardımlarını esirgemeyen diyaliz merkezlerinin sorumlu doktor ve hemşirelerine, ayrıca anketleri bıkmadan tamamlayan diyaliz hastalarına, istatistiklerde bize yardımcı olan Yrd.Doç.Dr. Ziyinet Çınar'a sonsuz teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

- Şentürk A, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2000;17:163-72.
- Potter GS, Johnson RJ, Fink GD. Role of endothelin in hypertension of experimental chronic renal failure. *Hypertension* 1997;30:1578-84.
- Ersoy FF. Son dönem böbrek yetmezliğinde uygun diyaliz yönteminin seçimi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005; 1(21):88-92.
- Türkiye 2006 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu, Türk Nefroloji Derneği Yayınları İstanbul, 2007, s:5.
- Levy NB, Wynbrandt GD. The quality of life on maintenance haemodialysis. *Lancet* 1975;1:1328.
- Livesley WJ. Factors associated with psychiatric symptoms in patients undergoing chronic hemodialysis. *Can J Psychiatry* 1981;26:562-6.
- Savrun M, Salehnia M, Altıparmak MR, Kocabaşoğlu N, Balçoğlu İ. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikopatoloji: Hemodiyaliz hastaları ile karşılaştırma. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2001; 14:24-8.
- Lowry MR, Atcherson E. A short-term follow-up of patients with depressive disorder on entry into home dialysis training. *J Affect Disord* 1980;2:219-27.

9. Küçük L. Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2005;4:166-70.
10. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Psikoloji ve Rehabilitasyon. Ed. Bozfazıoğlu S. Diyaliz El Kitabı. 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi; 2003. s.413-4.
11. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK. Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1:148-56.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, E. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
13. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988;6:118-22.
14. Aydemir Ö, Köröğlu E. Beck Depresyon Envanteri. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Ajans Matbaacılık; 2000. s.121-5.
15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologist's Press, Palo Alto 1970. s:23-49.
16. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Betimlenmesi, Uygulanması ve Puanlanması. *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1983, s:1-26.
17. Türkiye 2002 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu, Türk Nefroloji Derneği Yayınları İstanbul, 2003, s:5-17.
18. Türkiye 2005 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu, Türk Nefroloji Derneği Yayınları İstanbul, 2006, s:5-22.
19. Valvanne J, Juva K, Erkinjuntti T, Tilvis R. Major depression in the elderly: a population study in Helsinki. *Int Psychogeriatr* 1996;8:437-43.
20. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998;105:214-21.
21. Amato L, Paolisso G, Cacciatori F, Ferrara N, Canonic S, Rengo F, Varricchio M. Non-insulin-dependent diabetes mellitus is associated with a greater prevalence of depression in the elderly. The Osservatorio Geriatrico of Campania Region Group. *Diabetes Metab* 1996;22:314-8.
22. Endler NS, Macromitris SD, Kocvski NL. Depression: The Complexity of Self-Report Measures. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 2000;5:26-46.
23. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med* 1985;79:160-6.
24. Craven JL, Rodin GM, Johnson L, Kennedy SH. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med* 1987;49:482-92.
25. Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics* 1989;30:284-9.
26. Hong BA, Smith MD, Robson AM, Wetzel RD. Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychol Med* 1987;17:185-90.
27. Levenson JL, Colenda C, Larson DB, Bareta JC. Methodology in consultation-liaison research: a classification of biases. *Psychosomatics* 1990;31(4):367-76.
28. Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics* 1991;32: 382-9.
29. Sağduyu A, Özel S. Böbrek nakli adaylarında ruhsal sorunlar ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11(2): 103-12.
30. Soykan A, Boztas H, Kutlay S, Ince E, Aygor B, Ozden A, Nergizoglu G, Berksun O. Depression and its 6-month course in untreated hemodialysis patients: a preliminary prospective follow-up study in Turkey. *Int J Behav Med* 2004;11(4): 243-5.
31. Taskapan H, Ates F, Kaya B, Emul M, Kaya M, Taskapan Ç, Sahin İ. Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. *Nephrology* 2005;10: 15-20.
32. Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom R* 1985;29(1):23-31.
33. Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8:287-92.
34. Çelik HC, Acar T. Kronik HD Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2007;12(1): 23-27.
35. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al, for the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int* 2002; 62: 199-207.
36. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(1): 22-31.
37. Erengin N, Keçecioglu N, Güven M, Sarıkaya M, Tuncer M, Özcan S, Süleymanlar G, Ersoy F, Yakupoğlu G. Hemodiyaliz ve sürekli ayakta periton diyalizi uygulanan hastaların yeti-yitimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1998;7:137-40.
38. Keçecioglu N, Özcan E, Yılmaz H, Sezer MT, Eryılmaz M, Ersoy FF, Süleymanlar G, Yakupoğlu G. Hemodiyaliz ve kronik ambulatuar periton diyalizi tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1995;3:172-6.
39. Watson D, Clark LA, Weber K, Smith Assenheimer J, Strauss ME, McCormick RA. Testing a tripartite model. I: Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology* 1995;104(1): 3-14.
40. Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS, Utaş C. HD ve Sürekli Ayaktan periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2000; 7(4):333-7.
41. Özer SK, Demir B, Tuğal Ö, Kabakçı E, Yazıcı MK. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12: 185-94.
42. Özdemir AK, Özdemir HD, Coşkun A, Taşveren S. Dişhekimliği Fakültesinde protez kliniği ile diğer kliniklerde hasta anksiyetesinin araştırılması. *Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 2001;4(2): 71-4.
43. Görgün S, Yazıcıoğlu B, Öztas B. Ankara Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesine Başvuran Hastalarda Dental Anksiyete Skalasının Belirlenmesi. *A.Ü. Diş Hek Fak. Derg* 1993;20 (2):217-22.
44. Locker D, Lidell A, Burman D. Dental Fear and Anxiety in Older Adult Population, Community dent. *Oral Epidemiol* 1991;19:120-4.
45. Çuhadaroğlu İ, Aydın B. Protetik Tedavide Anksiyete Değerlendirmesi, Marmara Ün. Diş Hak. Fak. Derg 1985;1 (8): 7-12.
46. Türkçapar H, Güriz O, Özel A, Işık B, Örsel SD. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke ve Depresyonun İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(2):119-24.
47. Doer PA, Lang P, Nyquist LV, Ronis DL. Factors Associated With Dental Anxiety, *JADA* 1993;129:1111-9.
48. Elter, J R, Strauss RP, Beck JD. Assessing Dental Anxiety, Dental Care Use and Oral Status in Older Adults. *JADA* 1997;126:591-7.